

Especialidad de enfermería familiar y comunitaria

LA HISTORIA INTERMINABLE

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA:
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
Correo e.: presidencia@enfermeriacomunitaria.org



El 1 de agosto de 1987 se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de enfermero especialista.

Se creaban siete especialidades, entre las que estaba la de enfermería en salud comunitaria. Parecía que, finalmente, se iban a poder desarrollar las anheladas especialidades de enfermería y, en concreto, la de enfermería comunitaria, que coincidía, además, con la implantación del denominado «nuevo modelo de Atención Primaria» que se regula en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud y posteriormente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Sin embargo, como dice el refranero español, la alegría dura poco en casa del pobre y finalmente todo quedó en papel mojado, nunca mejor dicho, porque nunca se llegaron a desarrollar las especialidades de enfermería por motivos poco claros y nunca aclarados.

Se estableció un paréntesis en el que la Atención Primaria (AP) fue adquiriendo forma a pesar de los problemas conceptuales de un modelo que nadie entendía y que muy pocos sabían explicar. Hubo problemas políticos: la instauración de la AP se utilizó en el debate político como argumento que emplear contra el partido rival. Los hubo de actitud: los profesionales vieron en el «cambio» amenazas derivadas fundamentalmente de su desconocimiento, lo que generaba reservas, cuando no rechazo frontal. Los hubo de confrontación entre disciplinas: los médicos creyeron que se producía una invasión de sus competencias y pérdida de su poder y las enfermeras reaccionaron con cautela o se negaron a asumir responsabilidades. Los hubo, sobre todo, organizativos: no existió una planificación previa y se plantearon grandes dudas de cómo poner en marcha la reforma. Los hubo también administrativos, pues, aparte de no saber cómo manejar y procesar la información derivada de la atención de los diferentes profesionales, la organización era desconocida para los profesionales, incipiente para los gestores y abstracta para la comunidad. Los hubo de formación, ya que los profesionales se in-

tegraron en el nuevo modelo con las premisas del anterior, lo que produjo graves deficiencias en el abordaje de la nueva realidad, que se agravaba con la inexperiencia y resistencia a uno de los principios básicos de la AP, como era el trabajo en equipo, que se convirtió más en un deseo que en una realidad. Y, en este contexto, hay que destacar, además, las luchas internas en el colectivo médico entre las posiciones de los nuevos especialistas en medicina familiar y comunitaria y las de los antiguos médicos de cabecera o médicos generalistas, escenificadas en la constitución de dos sociedades científicas, por un lado, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC), que aglutinaba a los nuevos profesionales del modelo de médicos internos residentes (MIR) de la citada especialidad y, por otro, la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), que, posteriormente, y en un intento de adaptarse a la nueva realidad y hacer frente a la SEMFC, pasó a denominarse Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, que aglutinaba fundamentalmente a los médicos de atención pública domiciliaria (APD) del ámbito rural y médicos de cabecera o generalistas. Ambas sociedades daban cauce a las distintas sensibilidades y a las diferencias entre ambas partes que, en



ocasiones, se expresaban con enfrentamientos. Por su parte, las enfermeras que fueron engrosando la Atención Primaria y ocupando las plazas en los recién constituidos centros de salud provenían de los antiguos ambulatorios del modelo de atención médica primaria en los que estaban integradas y que, básicamente, estaban constituidos por los practicantes, los APD (como en el caso de los médicos) que hacían asistencia domiciliaria y, en el propio ambulatorio, realizaban técnicas derivadas de la práctica médica (inyectables, curas, sondajes...) y las enfermeras de consultas médicas que efectuaban tareas de apoyo a los médicos (cumplimentación de recetas médicas, organización de las consultas, citaciones, etc.). Y, por otra parte, estaban las enfermeras que aprobaron las oposiciones convocadas para ocupar plazas de enfermeras de AP con funciones específicas que se recogían la Orden de 14 de junio de 1984, por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, y, en concreto, en su artículo 58 bis, que decía textualmente: «Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de Atención Primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social».

Así pues, las enfermeras tenían ante sí un importante reto de atención a la población que supieron aprovechar en los inicios del incipiente «nuevo modelo» con propuestas novedosas y asumiendo el reto de la autonomía profesional, que se concretaba en nuevas figuras organizativas y de atención, como la consulta de enfermería, que tantas reticencias y resistencias generó en el colectivo médico, el cual trató de paralizarlas con recursos que perdió de manera sistemática la Organización Médica Colegial (OMC).

La creación y evolución de los equipos de atención primaria (EAP) fue muy desigual, pues no existieron criterios uniformes de gestión, ni estrategias, ni planificación. Se actuaba mediante impulsos y sin indicadores que permitiesen evaluar la actividad.

Los programas de salud se incorporaron como elementos reguladores de la actividad. Pero, de nuevo, la falta de concreción condujo a una redacción masiva y sin sentido de programas que tenían más carácter enciclopédico que útil para la práctica diaria de atención. Además, los programas se desarrollaban en torno a patologías (hipertensión, diabetes, hiperlipidemias...) y no en torno a la salud, lo que fragmentaba la atención y medicalizaba todo el proceso.

Las enfermeras se debatían entre la atención a la demanda y la atención programada que estaban empezando a asumir de manera intuitiva ante la ausencia de formación adecuada. Todo ello condujo, en muchos casos, al desánimo y al enfrentamiento entre los miembros de los equipos que funcionaban más bien como agrupaciones en las que predominaban las individualidades, los protagonismos, la jerarquía y el corporativismo.

Las transferencias de competencias en sanidad desde la administración del Estado a los sistemas de salud de las comunidades autónomas empezaron a configurar, además, un mapa variopinto en el que se establecían claras diferencias de organización, cartera de servicios o carrera profesional según las diferentes comunidades autónomas, lo que causaba aún más confusión y malestar.

Las enfermeras de Atención Primaria, además, carecían de una sociedad científica que aglutinase, canalizase y generase evidencias en torno a lo que estaban haciendo y lo que les gustaría poder hacer.

Fue entonces cuando, después de casi diez años de funcionamiento de la AP, un grupo de enfermeras decide crear la primera sociedad científica de enfermería comunitaria en España. La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) nació en Valencia, pero rápidamente se extendió a diferentes comunidades autónomas como La Rioja, Canarias, etc.

Y fue precisamente la AEC la que elaboró la primera propuesta de programa de la especialidad de enfermería comunitaria. Fue este un documento riguroso que, lamentablemente, no contó con el respaldo de las autoridades sanitarias de la época y que al final quedó en eso, en una propuesta. Sin embargo la AEC fue creciendo, posicionándose y haciéndose visible en el panorama nacional, y se convirtió muy pronto en un referente científico-profesional.

Ya no fue hasta 2005, casi por sorpresa, cuando se publicó el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, en el que se recogía la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, que emulaba la denominación de la especialidad médica, a diferencia de cómo se describió en el Real Decreto 992/1987, en el que aparecía como enfermería de salud comunitaria. Este hecho, en apariencia sin importancia, tuvo después repercusiones importantes.

La especialidad se enmarcaba en el mismo modelo formativo que el resto de profesiones de ciencias de la salud, es decir, en el modelo de residencia, emulando el modelo formativo médico. Y ello a pesar de que se tuvo la oportunidad de generar un proceso formativo diferente al coincidir en el tiempo con el proceso de desarrollo del denominado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), popularmente conocido como el Proyecto Bolonia, en el que tanto el proceso de enseñanza-aprendizaje como el modelo por competencias encajaba perfectamente en lo que hubiese podido ser un proceso formativo específico

y adaptado al paradigma enfermero. Tras la publicación del real decreto de 2005 el primer paso fue constituir la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que quedó compuesta, según se regulaba en la norma citada, por Enrique Oltra Rodríguez (presidente), Cristina Heierle Valero (secretaria), Javier Navarro Moya y Dolores Sánchez López, por designación de las comunidades autónomas, Loreto Maciá Soler y M.^a Josefa Benavente Sanguino, por designación del Ministerio de Educación, Fidel Rodríguez, por designación del Consejo General de Enfermería, y Manuel López Morales y José Ramón Martínez Riera, designados por las sociedades científicas FAECAP y AEC, respectivamente (fig. 1).



Figura 1. Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de EFyC

Mientras la Comisión redactaba el programa formativo, se publicó el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, en el cual, en su Capítulo II, de Unidades Docentes, y, en concreto, en su artículo 7, se regulan las unidades docentes multiprofesionales recogidas en el Anexo 5, en donde se constituyen las unidades docentes de atención familiar y comunitaria en las que se formarán médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria y enfermeros especialistas en enfermería familiar y comunitaria.

Tanto la denominación como el modelo formativo llevó a que las enfermeras tuviesen que formarse en unidades docentes multiprofesionales (UDM) en las que se integraban en clara desigualdad y con una representatividad residual que no favorecía en nada a su formación. Todo ello a pesar de los informes emitidos tanto por parte de la Comisión Na-

1

TENDENCIA EN EL NÚMERO DE PLAZAS CONVOCADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMAS Y AÑO DE PROMOCIÓN





NÚMERO DE PLAZAS EIR ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA POR AÑO DE PROMOCIÓN Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	Comunidad valenciana	Región de Murcia	Comunidad de Madrid	Islas Canarias	Galicia	Andalucía	Castilla la Mancha	Castilla y León	Cataluña	Extremadura	Asturias	País Vasco	Aragón	Islas Baleares	TOTAL Plazas/año	La Rioja	Cantabria	Navarra
2003-2003			48			15	20	16	18	8	6				132	0	0	0
2003-2004	25	4	48	12	4	18	26	26	20	13	12			8	219	0	0	0
2003-2005	24	4	48	12	8	17	18	26	20	12	12			8	214	0	0	0
2004-2006	24	10	48	12	14	17	14	26	34	13	12	9		8	244	0	0	0
2005-2007	24	10	48	15	18	16	14	37	37	13	12	9		8	267	0	0	0
2006-2008	21	10	48	12	21	17	15	37	41	19	16	9		8	278	0	0	0
2007-2009	24	14	48	12	21	17	20	37	44	20	16	9		8	299	0	0	0
TOTAL 2007	97	28	245	51	46	83	92	131	129	99	54	18		32	1076	0	0	0
TOTAL 2008	118	38	294	63	67	100	107	168	170	78	70	27		40	1354	0	0	0
TOTAL 2009	142	52	343	75	88	117	127	205	214	98	86	36		46	1647	0	0	0

Comunidades Autónomas CON la Categoría Profesional de Enfermería Familiar y Comunitaria Creada (en orden cronológico)

1. Comunidad Valenciana. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana Núm. 7043/ 11.6.2003.
2. Región de Murcia. BORM. Número 43 Sábado, 21 de febrero de 2015.
3. Comunidad de Madrid. B.O.C.M. Núm. 311 Jueves 31 de Diciembre de 2015. Artículo 22. Pág. 20 del pdf.
4. Islas Canarias. Boletín Oficial de Canarias BOC Nº 123. Martes 28 de Junio de 2016.
5. Galicia. DOG Núm. 133 Jueves, 14 de julio de 2016.
6. La Rioja. BOR Núm 129 Miércoles 9 de Noviembre 2016.
7. Andalucía. BOJA Número 221 - Jueves, 17 de noviembre de 2016.

Comunidades Autónomas SIN la Categoría Profesional de Enfermería Familiar y Comunitaria Creada

Comunidades Autónomas SIN UNIDAD DOCENTE de Enfermería Familiar y Comunitaria ACREDITADA

cional de la Especialidad como por parte de las sociedades científicas en contra de dichas UDM, al entenderse y argumentarse que su regulación organizativa y de representación llevaba a que enfermería pasara en el seno de dichas UDM a ser una subdirección sin capacidad real en la toma de decisiones, en las que las enfermeras residentes estaban en clarísima minoría en relación con los médicos residentes, y en las que las enfermeras, a pesar de que la norma no lo impedía explícitamente, no tenían posibilidad de ser directoras de la unidad ni jefas de estudios a causa del número desigual de profesionales de una y otra disciplina, lo que comportaba graves desventajas de formación, investigación y representatividad.

A pesar de todo, la Comisión, como órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Educación, redactó el programa formativo de la especialidad, que, finalmente se aprobó y publicó en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y a continuación se publicó la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería, y según la cual se ofertaron las primeras 132 plazas de formación de especialistas de enfermería familiar y comunitaria, según las ofertas de las Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla y León, Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha y Andalucía, que fueron las primeras en hacerlo.

Durante los años siguientes fueron sumándose progresivamente el resto de comunidades autónomas, a excepción de La Rioja y Cantabria, que en la actualidad son las únicas que no ofertan plazas de formación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, y de Navarra, que, aunque ya ha solicitado la acreditación, aún no ha convocado plazas. El número de plazas ofertadas, no obstante, aumenta año tras año (tablas 1 y 2).

En el año 2014 se publicó el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria

especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista, lo que supone un nuevo obstáculo al desarrollo de las especialidades de enfermería como consecuencia de su regulación en comparación con el resto de especialidades de ciencias de la salud y, en concreto, de medicina.

En la actualidad, cuando están a punto de incorporarse 293 nuevas enfermeras para formarse como especialistas de EFyC, nos encontramos con la paradoja que tan solo siete comunidades autónomas tienen creada la categoría de especialista en enfermería familiar y comunitaria y tan solo una de ellas (la Comunidad Valenciana) ha creado tres plazas específicas a las que se han podido incorporar especialistas. Y todo ello teniendo en cuenta, además, que es la única especialidad de enfermería en la que no se ha desarrollado la prueba extraordinaria de acceso a la especialidad recogida en la Disposición Transitoria Segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, por el que se regula el acceso excepcional al Título de Especialista, solicitada por alrededor de 44 000 enfermeras de todo el Estado.

Por lo tanto, nos encontramos con un panorama en el que 1076 enfermeras especialistas formadas con recursos públicos durante dos años y un número aún por determinar, pero que tienen posibilidad de ser especialistas, superior a 44 000 enfermeras, no pueden ejercer como tales al no poder acceder a plazas específicas de la especialidad. Y eso teniendo en cuenta que existen necesidades específicas de atención a las personas, familias y comunidad que obtendrían una respuesta mucho más eficaz y eficiente con la incorporación de las citadas especialistas de una manera progresiva y conjunta con enfermeras expertas que prestan cuidados generales. Es decir, estamos ante un verdadero fraude de ley, en el que se gasta dinero público en la formación de especialistas sin que se obtenga la rentabilidad que dicha inversión se espera que genere en términos de salud en la sociedad, por mera inacción de quien tiene la responsabilidad de gestión.

Se trata, pues, de un problema que trasciende al meramente profesio-

nal, al tener implicaciones sociales, políticas y económicas que no se han sabido o no se han querido abordar con voluntad política por parte de los responsables tanto nacionales como autonómicos, para dar atención a las necesidades de cuidados que las personas, las familias y la comunidad precisan y de los que se les está privando de manera sistemática e incomprensible. De nada sirve que se venda que el proceso formativo de residencia es el mejor del mundo («marca España») si no se consigue que a través de él se dé respuesta a las lógicas, lícitas y necesarias inquietudes profesionales de las enfermeras, ni tampoco a las planteadas por los servicios de salud en particular y la sociedad en general.

Así pues, todo ello hace que la implantación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria se convierta en una historia interminable.

Agradecimientos

A todos los miembros de Junta de la AEC y muy en especial a Enrique Oltra Rodríguez y Francisco Javier Pastor Gallardo.

Bibliografía

Las disposiciones normativas se enumeran cronológicamente

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE, 27 (01/02/1984).
- Orden de 14 de junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. BOE, 146 (19/06/1984). p. 1794-3.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, 102 (29/04/1986).
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista. BOE, 183 (01/08/1987). p. 23642-4.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE, 108 (06/05/2005). 15480-6.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE, 45 (21/02/2008). p. 10020-35.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE, 157 (29/06/2010). p. 57217-50.
- Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE, 230 (22/ 09/2010). p. 80145-253.
- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE, 190 (06/08/2014). p. 63130-67.

PORTADA FEBRERO 1982

